

Web & email

www.daphnelab.com - info@daphnelab.com

Recapiti telefonici

Tel. 081.8147484 - Fax 081.19305662



Richiesta da inviare a:

DAAPHNE LAB c/o Eldavia

Via Milano, 2 - 81030 Lusciano CE

Timbro del DAAPHNE POINT o Barcode

lab

Spazio riservato DAAPHNE

ISTRUZIONI: inserire in una bustina una ciocca di capelli. Compilare la presente scheda con tutti i dati richiesti. Spedire la scheda con il campione e la copia di pagamento all'indirizzo indicato. Contattare la DAAPHNE LAB per le istruzioni sul pagamento. Firmare leggibile e datare le richieste. I dati vanno scritti in stampatello e leggibili. Il cliente accetta tutti gli aspetti legali del Daphne BioMetaTest visionabili sul sito web o presso il Daphne Point. I Daphne BioMetaTest non sono test diagnostici, né clinici, né medici, né prescrittivi, né sanitari, non determinano intolleranze cliniche al lattosio, né al glutine, né allergie di alcun genere. Ogni risultato del Daphne BioMetaTest deve essere sempre consigliato dal proprio medico di fiducia e sempre sottoposto al controllo del proprio medico di fiducia ed approvato prima di seguire ogni programma suggerito.

Cognome *	Nome *	Anni *	Indirizzo *
-----------	--------	--------	-----------------

Cap *	Città *	Provincia *	Telefono di rete fissa *
-------	---------	-------------	------------------------------

Cellulare 	Professione	P. Iva o Codice Fiscale *
---------------	-------------	---------------------------

E-mail 	Luogo e data di nascita * GIORNO MESE ANNO
------------	---

In quale struttura fisica ti riconosci? A quale vuoi tendere? <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 10px;"> A B C D E F G </div>	Hai un buon rapporto con il tuo corpo? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> a volte
	Quale è il tuo gruppo sanguigno? <input type="radio"/> A <input type="radio"/> AB <input type="radio"/> B <input type="radio"/> 0 RH <input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> Non ricordo

Attuale peso in kg *	Altezza in cm *	Sesso * <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Attualmente incinta? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Sei in menopausa? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
----------------------	-----------------	--	---	--

I capelli hanno subito trattamento colorante, permanente, tinta, altro? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Pressione <input type="radio"/> Normale <input type="radio"/> Ipotesa <input type="radio"/> Ipertesa
--	---

Assumi farmaci? (Specificare i farmaci assunti, è possibile inserire ulteriori informazioni nelle note) <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Soffri di stitichezza? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> a volte
--	--

Soffri di insonnia? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Fai sport? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO quali e quante volte a settimana
--	--

Soffri di allergie? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	di quali allergie soffri?
--	---------------------------

Hai: <input type="radio"/> amalgame _____ <input type="radio"/> piombature dentali _____ <input type="radio"/> otturazioni _____ <input type="radio"/> altro _____	(Indicare anche la quantità) Nr. di sigarette fumate al giorno: _____
--	---

Alimenti che preferisci mangiare: <input type="radio"/> caffè <input type="radio"/> pane <input type="radio"/> verdura <input type="radio"/> carne <input type="radio"/> cereali <input type="radio"/> alcool <input type="radio"/> pasta <input type="radio"/> frutta <input type="radio"/> pesce <input type="radio"/> zuccheri <input type="radio"/> cioccolata <input type="radio"/> pizze <input type="radio"/> legumi <input type="radio"/> latticini (anche più risposte)	Gusti che preferisci: <input type="radio"/> piccante <input type="radio"/> amaro <input type="radio"/> salato <input type="radio"/> dolce <input type="radio"/> aspro (anche più risposte)	Bevi molta acqua? <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no quanti litri al giorno? _____
--	--	---

Indica il motivo per cui richiedi il BioMetaTest:

Hai già effettuato un thema di analisi Daphne BioMetaTest™? <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Compilare il riquadro solo in caso di risposta affermativa alla prima domanda
Quali BioMetaTest hai già effettuato con DAAPHNE LAB? _____	Riporta il codice a barre numerico presente sul test che hai già effettuato _____
Dopo aver seguito il protocollo, ti sei sentito: <input type="radio"/> meglio <input type="radio"/> peggio <input type="radio"/> come prima	
Su quale piano: <input type="radio"/> fisico <input type="radio"/> psicologico <input type="radio"/> entrambi	

METODO DAAPHNE MOD.62 - Vers.1.3 del 24/01/2015® - Modulo di proprietà di Eldavia.

ELDAVIA INTERNATIONAL SERVICE SOCIETÀ COOPERATIVA - P. Iva / C.F. 07691131218 - Concessionario dei marchi Daphne Lab per l'Italia.

DISTURBI ATTUALI

- | | | | | |
|---------------------------------------|---|--|---|--|
| <input type="radio"/> Acne | <input type="radio"/> Autismo | <input type="radio"/> Dismenorrea | <input type="radio"/> Insonnia | <input type="radio"/> Problemi comportamentali |
| <input type="radio"/> Affaticamento | <input type="radio"/> Calcolosi biliare | <input type="radio"/> Disturbi cardiaci | <input type="radio"/> Iperipertiroidismo | <input type="radio"/> Problemi intestinali |
| <input type="radio"/> Allergie | <input type="radio"/> Calcolosi renale | <input type="radio"/> Diverticolite | <input type="radio"/> Ipoptiroidismo | <input type="radio"/> Prostatite |
| <input type="radio"/> Alopecia | <input type="radio"/> Cancro | <input type="radio"/> Edema | <input type="radio"/> Iperglicemia | <input type="radio"/> Psoriasi |
| <input type="radio"/> Amenorrea | <input type="radio"/> Candidosi | <input type="radio"/> Emicrania | <input type="radio"/> Ipoglicemia | <input type="radio"/> Reumatismo |
| <input type="radio"/> Anemia | <input type="radio"/> Capillari | <input type="radio"/> Emorroidi | <input type="radio"/> Malattia di Raynaud | <input type="radio"/> Sclerosi multipla |
| <input type="radio"/> Ansietà | <input type="radio"/> Cisti ovariche | <input type="radio"/> Epilessia | <input type="radio"/> Meteorismo | <input type="radio"/> Sindrome di Meniere |
| <input type="radio"/> Aritmie | <input type="radio"/> Colite | <input type="radio"/> Ernia iatale | <input type="radio"/> Miastenia grave | <input type="radio"/> Talassemia |
| <input type="radio"/> Arteriosclerosi | <input type="radio"/> Colesterolo alto | <input type="radio"/> Fibroma | <input type="radio"/> Morbo celiaco | <input type="radio"/> Trigliceridi alti |
| <input type="radio"/> Artrosi | <input type="radio"/> Depressione | <input type="radio"/> Flebite | <input type="radio"/> Nevralgie | <input type="radio"/> Ulcera gastrica |
| <input type="radio"/> Artrite | <input type="radio"/> Dermatiti | <input type="radio"/> Gastrite | <input type="radio"/> Obesità | <input type="radio"/> Varici |
| <input type="radio"/> Asma | <input type="radio"/> Diabete: tipo _____ | <input type="radio"/> Gotta | <input type="radio"/> Osteoporosi | <input type="radio"/> Vertigini |
| <input type="radio"/> Alitosi | <input type="radio"/> Diarrea | <input type="radio"/> Infezioni ricorrenti | <input type="radio"/> Parodontite | |

Sei una persona sicura? <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sì <input type="radio"/> a volte	Hai paure / fobie? <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sì <input type="radio"/> a volte	Ti senti più stanco di <input type="radio"/> mattina <input type="radio"/> pomeriggio <input type="radio"/> sera	Piangi spesso? <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sì <input type="radio"/> a volte	Ti senti più <input type="radio"/> estroverso <input type="radio"/> introverso
Sei felice? <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sì <input type="radio"/> a volte	Hai avuti recenti lutti? <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sì	Ti arrabbi spesso? <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sì <input type="radio"/> a volte	Vivi sensi di colpa? <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sì <input type="radio"/> a volte	Ti senti più <input type="radio"/> ottimista <input type="radio"/> pessimista
Vivi nello stress? <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sì <input type="radio"/> a volte	Hai spesso incubi? <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sì <input type="radio"/> a volte	La tua rabbia la sfoghi <input type="radio"/> dentro <input type="radio"/> fuori <input type="radio"/> non so	Ti senti più <input type="radio"/> individualista <input type="radio"/> altruista	Quanto sei determinato? (da 1 a 10) _____

Note



Indicare il BioMetaTest™ metodica DAPHNE richiesto*, nel caso in cui non si effettui alcuna scelta si elaborerà il Thema 400:

- thema **400** **BioIntolleranze alimentari** - Analisi bioenergetica + dieta e trattamento naturale olistico
- thema **Junior** **BioIntolleranze alimentari per bambini** - Analisi bioenergetica + articoli Junior
- thema **02** **Mineralogramma** - Analisi bioenergetica di metalli tossici, oligoelementi + drenaggio
- thema **03 fitness** **VMA™ fitness** - Analisi bioenergetica di Vitamine, Minerali, Aminoacidi + protocollo sportivo
- thema **03 m&s** **VMA™ manager & student** - Analisi bioenergetica di Vitamine, Minerali, Aminoacidi
- thema **04** **Virus, batteri e parassiti** - Analisi bioenergetica dei terreni tossici
- thema **05** **Organi** - Analisi bioenergetica + tabelle olografiche di comparazione organi
- thema **06** **Disbiosi intestinale** - Analisi bioenergetica + protocollo riequilibrante
- thema **07** **Metabolismo del Calcio** - Analisi bioenergetica + protocollo integrativo
- thema **08** **AntiAge** - Analisi bioenergetica di ossidazione, metaboliti e anti-radicali liberi, anti-età della cute
- thema **09** **Feng-Shui bio-architettonico e tossicità** - Analisi bioenergetica
- thema **10** **Fiori di Bach e Aromaterapia** - Analisi bioenergetica + trattamento di Bach
- thema **11** **Metabolismo del Ferro** - Analisi bioenergetica + trattamento integrativo
- thema **12** **Cuore e metabolismo dei grassi** - Analisi bioenergetica
- thema **Esthetic** **AntiAge e BioIntolleranze alimentari** - Analisi bioenergetica
- thema **Exclusive** **BioIntolleranze alimentari-Mineralogramma-Disbiosi intestinale** - Analisi bioenergetica
- thema **Exclusive Junior** **BioIntolleranze alimentari-Mineralogramma-Disbiosi intestinale x bambini** - An. bio.
- pannelli **S** **1** Additivi **2** Dental1 **3** Dental2 **4** Memoria **5** Californiani **6** Oculare **7** Gemmo **8** Omeopatia **9** Schüssler **10** Acqua **11** Fegato
- altro _____

Disciplina contrattuale: la disciplina dei servizi prestati da Daphne Lab è contenuta nelle "note legali", nelle "condizioni generali di fornitura del servizio", nonché nella "carta dei servizi", disponibili sul sito www.daphnelab.com.
 Il Sottoscritto dichiara di essere stato adeguatamente informato sulle metodiche della Daphne Lab, sui protocolli utilizzati, di aver letto, compreso appieno ed accettato le condizioni contrattuali relative allo svolgimento del servizio contenute nella documentazione integrativa sopra indicata, sottoscrivendo la presente richiesta anche per visione e ricevuta dei riferiti documenti.

Data _____
 Il richiedente (firma leggibile)

Il Sottoscritto, ai sensi degli artt. 1341 e 1342 c.c., dichiara altresì di approvare specificatamente le disposizioni delle condizioni generali di fornitura del servizio di seguito indicate: artt. 1 e 7 (Termini e condizioni del servizio), art. 5 (Pregresse posizioni debitorie), artt. 6 e 11 (Esenzione di responsabilità), art. 14 (Terapie in corso), art. 15 (Esclusioni), art. 16 (Minori), art. 17 (Modificazioni in corso di erogazione del servizio), art. 18 (Documenti integrativi del contratto), artt. 19 e 21 (Informativa e consenso ex D.Lgs. 196/2003), art. 20 (Modalità e termini di pagamento), artt. 12 e 24 (Obblighi del richiedente), art. 25 (Foro competente).

Data _____
 Il richiedente (firma leggibile)

Ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, recante disposizioni a "Codice in materia di protezione dei dati personali", il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'Informativa per il trattamento dei dati personali e, preso atto dell'utilizzo dei dati da parte di Daphne Lab ai fini della fornitura del servizio, presta il consenso al trattamento dei propri dati, sia personali che sensibili, secondo le disposizioni esplicitate nell'Informativa, autorizzandone la trasmissione a società collegate o a terzi, anche fuori dalla Comunità Europea, per le finalità indicate.

Data _____
 Il richiedente (firma leggibile)

Il richiedente, in ottemperanza al D.Lgs. 206/05, può esercitare il diritto di recesso entro 10 giorni lavorativi dalla sottoscrizione del contratto, dandone comunicazione a mezzo raccomandata a DAPHNE LAB c/o Eldavia, Via Milano n. 2 - 81030 Lusciano (CE).

Il/la sottoscritto/a ha preso visione delle metodiche di analisi Daphne, delle note legali presenti sul sito www.daphnelab.com e delle condizioni generali di fornitura del servizio.